

Krebs des Nasenrachens (Nasopharynx) (1)

Epidemiologie:

Malignome des Nasopharynx sind in Zentraleuropa und Nordamerika selten, mit einer Inzidenz von schätzungsweise 0,5 bis 1 auf 100 000 Einwohner, häufiger dagegen in Südchina, Südostasien und Teilen Nordafrikas. Es tritt häufiger bei Männern als bei Frauen auf (etwa 2:1), vor allem im Alter zwischen 40 und 70.

Risikofaktoren:

- Infektion mit dem Epstein-Barr-Virus (EBV)
- Verzehr von gesalzenem Trockenfisch
- genetische Aberrationen

Symptome:

- oft lange symptomlos
- Nasenbluten, eingeschränkte Nasenatmung, Mittelohrerguss bzw. Otitis media
- Hörverlust
- Lymphknotenschwellungen
- Hirnnervenpareesen
- Schluckstörungen

ICD-10 (Deutsche Ausgabe 2008) / ICD-O-3:

C11.0	Bös. Neub.: Obere Wand des Nasopharynx (inkl. Dach)
C11.1	Bös. Neub.: Hinterwand des Nasopharynx (inkl. Adenoide, Rachentonsille)
C11.2	Bös. Neub.: Seitenwand des Nasopharynx (inkl. Recessus pharyngeus und Rosenmüller-Grube)
C11.3	Bös. Neub.: Vorderwand bzw. Unterwand des Nasopharynx (inkl. Boden)
C11.8	Bös. Neub.: Nasopharynx, mehrere Teilbereiche überlappend
C11.9	Bös. Neub.: Nasopharynx o.n.A.

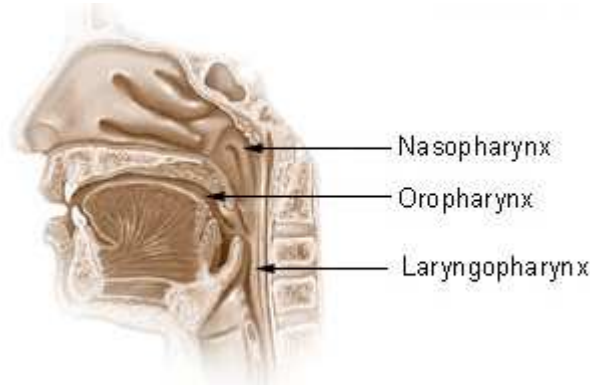
D00.0	Carcinoma in situ: Lippe, Mundhöhle und Pharynx
-------	---

D44.0	Neubildung unsicheren oder unbekanntem Verhaltens: Lippe, Mundhöhle und Pharynx
-------	---

Anmerkung: Die Grenze der Choanalränder einschließlich des hinteren Septumrandes wird der Nasenhöhle zugeordnet.

Die Codes C11.0 bis C11.9 entsprechen den Lokalisationsschlüsseln der ICD-O-3.

Krebs des Nasenrachens (Nasopharynx) (2)



Quelle: <http://www.cortexity.com:8080/nicksblog/images/pharynx.jpg>

Regionäre Lymphknoten:

- Halslymphknoten

TNM 7 2009 – deutsche Auflage 2010:

Die Klassifikation gilt nur für Karzinome mit histologischer Sicherung

Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor auf den Nasopharynx begrenzt oder mit Ausbreitung auf den Oropharynx und/oder Nasenhöhle
T2	Tumor mit parapharyngealer Ausbreitung
T3	Tumor infiltriert Knochenstrukturen der Schädelbasis und/oder Nasennebenhöhlen
T4	Tumor mit intrakranieller Ausbreitung und/oder Befall von Hirnnerv(en), Fossa infratemporalis, Hypopharynx, Augenhöhle, Spatium masticatorium

Nx	Regionäre Lymphknoten nicht beurteilbar
N0	Kein Anhalt für regionäre Lymphknotenmetastasen
pN0	Selektive Neck-Dissektion und histologische Untersuchung von 6 oder mehr Lymphknoten ohne Befund ODER radikale oder modifiziert-radikale Neck-Dissektion histologische Untersuchung üblicherweise von 10 oder mehr Lymphknoten ohne Befund
N1	Unilaterale Metastase(n) in Halslymphknoten und/oder uni- oder bilaterale Metastase(n) in retropharyngealen Lymphknoten über der Supraklavikulargrube, 6 cm oder weniger in größter Ausdehnung
N2	Metastase(n) in bilateralen Lymphknoten über der Supraklavikulargrube, 6 cm oder weniger in größter Ausdehnung
N3a	> 6 cm in größter Ausdehnung
N3b	Ausdehnung in die Supraklavikulargrube

Krebs des Nasenrachens (Nasopharynx) (3)

Anmerkungen: In der Mittellinie gelegene Lymphknoten gelten als ipsilateral.
Für die größenabhängigen pN-Kategorien werden die Metastasen, nicht die Lymphknoten gemessen.

Mx	Vorliegen von Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	kein Hinweis auf Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

UICC-Stadiengruppierung (2009):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium II	T1	N1	M0
	T2	N0, N1	M0
Stadium III	T1, T2	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
Stadium IVA	T4	N0, N1, N2	M0
Stadium IVB	Jedes T	N3	M0
Stadium IVC	Jedes T	Jedes N	M1

TNM 6. Auflage 2002:

gilt nur für Karzinome mit histologischer Sicherung:

Tx	Primärtumor kann nicht beurteilt werden
T0	Kein Anhalt für Primärtumor
Tis	Carcinoma in situ
T1	Tumor auf den Nasopharynx begrenzt
T2	Tumor breitet sich auf Weichteile des Oropharynx und/oder der Nasenhöhle aus
T2a	ohne parapharyngeale Ausbreitung
T2b	mit parapharyngealer Ausbreitung (= posterolaterale Infiltration jenseits der Fascia pharyngeobasilaris)
T3	Tumor infiltriert Knochenstrukturen und/oder Nasennebenhöhlen
T4a	Tumor mit intrakranieller Ausbreitung und/oder Befall von Hirnnerv(en), Fossa infratemporalis, Hypopharynx, Augenhöhle
Nx	Regionäre Lymphknoten nicht beurteilbar
N0	Kein Anhalt für regionäre Lymphknotenmetastasen
pN0	Selektive Neck-Dissektion und histologische Untersuchung von 6 oder mehr Lymphknoten ohne Befund ODER radikale oder modifiziert-radikale Neck-Dissektion histologische Untersu-

Krebs des Nasenrachens (Nasopharynx) (4)

	chung von 10 oder mehr Lymphknoten ohne Befund
N1	Metastase(n) in unilateralen Lymphknoten über der Supraklavikulargrube, ≤ 6 cm in größter Ausdehnung
N2	Metastase(n) in bilateralen Lymphknoten über der Supraklavikulargrube, ≤ 6 cm in größter Ausdehnung
N3a	Lymphknotenmetastasen > 6 cm oberhalb der Supraklavikulargrube
N3b	Lymphknotenmetastasen in der Supraklavikulargrube

Anmerkungen: In der Mittellinie gelegene Lymphknoten gelten als ipsilateral.
Für die größenabhängigen pN-Kategorien werden die Metastasen, nicht die Lymphknoten gemessen.

Mx	Vorliegen von Fernmetastasen nicht beurteilbar
M0	kein Hinweis auf Fernmetastasen
M1	Fernmetastasen vorhanden

UICC-Stadiengruppierung nach TNM 6 (2002):

Stadium 0	Tis	N0	M0
Stadium I	T1	N0	M0
Stadium IIA	T2a	N0	M0
Stadium IIB	T1	N1	M0
	T2a	N1	M0
	T2b	N0, N1	M0
Stadium III	T1	N2	M0
	T2a, T2b	N2	M0
	T3	N0, N1, N2	M0
Stadium IVA	T4	N0, N1, N2	M0
Stadium IVB	Jedes T	N3	M0
Stadium IVC	Jedes T	Jedes N	M1

Histopathologisches Grading

GX	nicht bestimmbar
G1	gut differenziert
G2	mäßig differenziert
G3	schlecht differenziert
G4	undifferenziert

Krebs des Nasenrachens (Nasopharynx) (5)

Histologie (ICD-O-3 Deutsche Ausgabe 2003)

Etwa 90% der Malignome des Nasopharynx sind Karzinome, d. h. epithelialer Abstammung.

8020/3	Anaplastisches (undifferenziertes) Karzinom o.n.A.
8070/3	Plattenepithelkarzinom o.n.A.
8071/3	Verhornendes Plattenepithelkarzinom
8072/3	Großzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom
8072/3	Kleinzelliges nichtverhornendes Plattenepithelkarzinom
8082/3	Lymphoepitheliales Karzinom (Schmincke-Tumor)
8083/3	Basaloides Plattenepithelkarzinom
8084/3	Klarzelliges Plattenepithelkarzinom

Therapiekonzept:

Wegen der anatomischer Lage und der submukösen Ausbreitung ist eine operative Entfernung nur bei sehr frühen Tumoren möglich, da i. a. keine komplette Resektion zu erreichen ist (ggf mit CT-gestützter Navigation, Einzelfallentscheidung).

T1-2, N0: Bestrahlung der primären Tumorregion und der beidseitigen regionalen zervikalen einschließlich der nuchalen und paraklavikulären Lymphbahnen

T3-4, N1-N3: Simultane Radiochemotherapie (Bestrahlung + FU /Cisplatin); ggf. danach Neck Dissection

In fortgeschrittenen metastasiertem Stadium Cisplatin, 5-FU, Anthrazykline

Wichtige Therapieschlüssel nach OPS (Deutsche Ausgabe 2008) (nur Gruppenebene):

5-29*	Operationen am Pharynx
5-403.*	Radikale zervikale Lymphadenektomie [Neck dissection]
5-984	Mikrochirurgische Technik
8-522.*	Hochvoltstrahlentherapie
8-542	Nicht komplexe Chemotherapie
8-543	Mittelgradig komplexe und intensive Blockchemotherapie
8-547.0	Andere Immuntherapie: Mit nicht modifizierten Antikörpern

(.* weist auf weitere untergeordnete Schlüssel hin.)

Krebs des Nasenrachens (Nasopharynx) (6)

- Quellen:**
- Dellian M et al: Malignome des Nasopharynx. Aus: Manual Kopf-Hals-Malignome. 3. Auflage. Wollenberg B et al (Hrsg). Tumorzentrum München und Zuckschwerdt-Verlag München 2003
 - Daskalakis M et al: Tumoren des Kopf- und Halsbereichs. Aus: Das Rote Buch. Berger DP et al (Hrsg). 3. Auflage 2006 Ecomed
 - Tumours of the Nasopharynx, Larynx and Trachea. Aus: Pathology and Genetics of Head and Neck Tumours. Barnes L et al (Eds). WHO 2005
 - Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 7. Auflage 2010
 - Wittekind Ch et al (Hrsg.):TNM 6. Auflage 2002
 - Wittekind Ch et al (Hrsg): TNM-Atlas. 5. Aufl. 2005 Springer Medizin Verlag